

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 501

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude BARBIN

Né le 23 août 1903, au Château-Ile-d'Oléron

Ex-assistant d'Urologie de l'Hôtel-Dieu d'Amiens

Ex-interne pr. de l'Hôpital départemental de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉNURÉSIE ET DE SES TRAITEMENTS

ESSAIS DU CUPRESSUS SEMPERVIRENS

Président : M. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude BARBIN

Né le 23 août 1903, au Château-Ile-d'Oléron

Ex-assistant d'Urologie de l'Hôtel-Dieu d'Amiens

Ex-interne pr. de l'Hôpital départemental de la Seine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ÉNURÉSIE ET DE SES TRAITEMENTS

ESSAIS DU CUPRESSUS SEMPERVIRENS

Président : M. TANON, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.	MAUGLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) Pathologie médicale.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GUÉNIOT. . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . Obstétrique.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie
 RETTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI. . . Clinique médicale.
CHIRAY. . . Clinique médicale.
DEBRÉ. . . Clinique médicale.
DUVOIR. . . Clinique médicale.
BASSET. . . Clinique chirurgicale
CHEVASSU. Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.

MM.

MATHIEU. . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. Clinique chirurgicale.
LE LORIER. Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
METZGER. . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie
CHAILLEY-BERT, Agrégé .		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

En témoignage d'affection.

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MADAME R. W.

En souvenir de son affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris.

*Qui nous a fait l'honneur de
bien vouloir présider cette thèse.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR MICHAUX

Médecin de l'Hôpital départemental de Nanterre
Chevalier de la Légion d'honneur

*En souvenir des deux années
passées dans son service et de son
fructueux enseignement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR EN PHARMACIE CAHEN

Pharmacien chef de la Maison de Nanterre

*Qui nous a aidé dans nos re-
cherches.*

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR O. MACE

Accoucheur de l'Hôtel-Dieu de Paris

*En souvenir de son enseignement
précis de vieux praticien.*

A MES MAITRES DE L'HÔTEL-DIEU D'AMIENS

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAUTEFEUILLE

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Qui guida nos premiers pas
dans nos deux premières années
de médecine.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE BUTLER

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*En souvenir de la vieille con-
sultation du soir.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARAVEN

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*En souvenir de son enseigne-
ment vivant et simple.*

MONSIEUR LE DOCTEUR BAX

MONSIEUR FÉLIX PANCIER

**Chevalier de la Légion d'honneur
Directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens
Professeur de Chimie et de Chimie médicale**

*En souvenir de sa bienveillance
et de son enseignement simple de
la chimie, science para-médicale
qu'il sut mettre à notre portée.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉNURÉSIE ET DE SES TRAITEMENTS

(ESSAIS DU CUPRESSUS SEMPERVIRENS)

INTRODUCTION

Dans ce travail, je me propose, après avoir cherché à indiquer ce que l'on entend par « incontinence d'urine essentielle », de montrer que les différents traitements préconisés jusqu'ici donnent des résultats plus ou moins fidèles.

J'ai été amené, selon les conseils de mon Père et profitant de son expérience de la plante, à utiliser le *Cupressus Sempervirens*, qui lui avait donné de bons résultats dans cette triste infirmité si désolante pour le petit malade et si fâcheuse pour son entourage.

J'apporte ici un certain nombre d'observations de mon Père, ainsi que plusieurs personnelles et d'autres relevées dans la clientèle d'amis qui ont bien voulu essayer le *Cuprèssus* dans les conditions qui seront décrites plus loin.

I

ESSAIS DE TRAITEMENT DE L'ÉNURÉSIE PAR LE CUPRESSUS SEMPERVIRENS

On a tout dit de l'incontinence d'urine essentielle à travers les âges, et, selon les connaissances ou les théories du jour, on a accusé de « la perturbation » des humeurs à « l'hypervagotonie parasympathique ». Peu importe, au fond, les théories plus ou moins savantes et compliquées; en médecine, l'expérience règne en maîtresse; on réussit ou on échoue en se basant sur telle ou telle hypothèse, sur telle étude qui, à lire paraît décisive, mais qui sera niée par une autre. Je n'ai donc pas ici la prétention de dire ce qu'est l'incontinence d'urine essentielle; nous verrons seulement plus tard que, d'après l'expérimentation d'une drogue, employée jadis par Marletta, à ma connaissance par un « rebouteux » picard, l'incontinence essentielle, là où on ne trouve pas de causes médicales ou chirurgicales évidentes ou suffisamment soupçonnables, il faut penser à une faiblesse du muscle dédié à la fermeture de la vessie, lui donner un tonique que je crois avoir trouvé dans

le cupressus. Je n'ai en vue que les jeunes pisseurs au lit. Je laisse de côté le prostatique et le rétréci qui pissent par regorgement, le tabétique qui entre dans le tabès par la parésie vésicale, la vieille femme au sphincter relâché. Au surplus, il est banal mais nécessaire de le redire, il n'y a pas une Enurésie, mais *des enurésies*, les unes justiciables des ressources de la pharmacopée, les autres de la psychothérapie ou de l'intervention chirurgicale; l'étude de l'incontinence d'urine dite essentielle nous intéresse seule ici.

L'Énurésie.

Si l'on prend le mot incontinence d'urine dans son sens étymologique précis de *in*, négatif, et *continere*, *contenir*, on se fait une idée fausse du sujet abordé ici.

L'incontinence avec vacuité absolue du réservoir urinaire ne se rencontre que dans quelques cas rares; bien plus souvent elle n'est qu'un symptôme de la rétention et qu'une miction par regorgement. Bien loin de ne pas contenir l'urine, la vessie d'un incontinent en retient presque toujours; bien loin d'être vide, elle est souvent distendue. Le symptôme incontinence ne permet donc pas par lui-même de préjuger de l'état de plénitude ou de vacuité du réservoir urinaire

« L'incontinence d'urine, a dit Guyon, est

l'écoulement involontaire des urines, et nous ajouterons même, l'écoulement inconscient.»

Pour qu'il y ait incontinence vraie, il faut, en effet, que le malade n'ait d'autre sensation que celle de l'arrivée de l'urine, qu'il se sente mouillé, mais rien de plus. Le besoin ne doit pas être perçu. Nombre de malades vous parleront d'incontinence, tandis qu'ils n'ont que des mictions impérieuses et répétées. Le besoin est subit, pressant, la volonté impuissante; à peine l'envie d'uriner s'est-elle fait sentir que déjà le liquide s'échappe du méat et souille les vêtements.

Ces malades pissent malgré eux, mais ils ont été avertis, c'est la fausse incontinence, si commune dans la cystite, une ou deux questions éclairent vite le diagnostic.

Une fois l'incontinence vraie reconnue, il faut s'enquérir minutieusement de son type : Savoir, si elle est seulement diurne, seulement nocturne, ou si elle est continue et, dans ce dernier cas, quel a été son mode primitif. Ces données sont de la plus haute importance et vous suffiront dans nombre de cas pour établir un diagnostic d'étiologie sinon absolu, du moins probable.

L'incontinence d'urine n'est qu'un symptôme, symptôme lié à des affections très diverses. Un sujet avons-nous dit, en est affecté toutes les fois qu'il laisse involontairement échapper ses urines; mais, cette incontinence se présente soit comme symptôme d'une affection des voies urinaires, des

centres cérébro-spinaux, ou bien encore de certaines névroses comme l'hystérie et l'épilepsie, soit comme une maladie primitive.

Voyons rapidement ces diverses incontinences :

a) L'incontinence par lésions nerveuses des paraplégiques, des hémiplegiques, parfois quoique rarement, des ataxiques, des fiévreux graves. Presque toujours on a alors affaire à l'incontinence avec rétention, c'est-à-dire la forme habituelle de l'incontinence chez l'adulte.

b) Incontinence dans les affections nerveuses. C'est dans ces cas que l'on peut rencontrer l'incontinence proprement dite, c'est-à-dire la miction inconsciente jointe à la vacuité du réservoir urinaire.

C'est ce qui s'observe dans les grandes névroses telles que l'hystérie et surtout l'épilepsie, et c'est ce qui se voit aussi dans la neurasthénie.

L'incontinence des épileptiques présente un intérêt tout spécial depuis le fameux aphorisme de Trousseau :

« Tout adulte, non porteur de lésion vésico-urétrale, qui pisse au lit la nuit sans le sentir, est un épileptique. »

Il s'agit ici d'ailleurs, d'une incontinence à forme déterminée. Ce n'est pas tous les jours, mais seulement à intervalles plus ou moins éloignés. Ce n'est pas en pleine santé que le malade se réveille, mais avec un abattement ou une pesanteur de tête, avec un sentiment tout particulier de fatigue.

L'incontinence chez les hystériques, est tout à fait exceptionnelle, on l'a noté cependant dans les cas où l'intensité des phénomènes convulsifs conduit jusqu'au coma.

c) L'incontinence des enfants. L'incontinence infantile se rapproche à plus d'un titre, de l'incontinence des affections nerveuses. Comme elle, en effet, elle existe sans lésion matérielle des voies urinaires, comme elle encore, elle semble tenir à un trouble de la contractilité qui paraît purement fonctionnel.

On ne peut en tout cas, à l'heure actuelle, la rattacher à une lésion de l'appareil nerveux. L'incontinence des enfants peut être regardée comme formant une espèce clinique bien définie.

Le début de l'incontinence infantile, en général, ne date pas, bien que le fait soit cependant possible, de la première enfance. Souvent, elle n'a commencé qu'à un âge un peu plus avancé. Jusqu'à 4 ou 5 ans, tout s'était passé pour le petit malade comme pour les autres enfants, c'est-à-dire, qu'après avoir mouillé ses langes, il est devenu propre. Puis un jour, pendant son sommeil, il commence de nouveau à pisser au lit, dès lors, le même accident va se répétant régulièrement une ou plusieurs fois la nuit.....

Cette incontinence débutant avec la seconde enfance se prolonge en général fort longtemps, et quoi qu'on puisse en dire dans le vulgaire et ail-

leurs, elle est loin de disparaître avec la puberté.

C'est en vain que les organes génitaux se développent, l'incontinence n'en persiste pas moins chez nombre de sujets. Aussi est-il facile de comprendre avec quelle ardeur la guérison est alors demandée. L'incontinence finit parfois par guérir d'elle-même, avec ou sans traitement médical. Il y a des exceptions et cette guérison spontanée n'arrive guère que vers l'âge de 20 ans. Encore reste-t-il souvent certains troubles de la miction ou des fonctions génitales. C'est ainsi que vous constaterez souvent l'incontinence infantile dans les antécédents des sujets qui viennent vous consulter pour des pertes séminales ou pour des mictions à caractère impérieux et pressant, sans lésion du réservoir urinaire. La tare originelle qui, au cours de l'enfance et même de l'adolescence, a déterminé la perte nocturne de l'urine, n'a donc point perdu son influence. Il est intéressant de constater qu'elle continue à l'exercer et de voir que néanmoins, la perte nocturne ne se produit plus au delà des premières périodes de la vie.

L'incontinence des enfants est surtout nocturne, ils se mouillent sans s'en apercevoir. Leur sommeil est d'ailleurs très profond et, lorsqu'on prescrit d'interrompre le sommeil de l'enfant pour éviter qu'il pisse au lit, on a grand peine à y parvenir. Le réveil spontané est cependant très calme et très franc. Le jour tout rentre dans l'ordre ou à peu près car, si l'on examine les choses avec soin,

on ne tarde pas à reconnaître qu'il existe souvent à l'état de veille une fausse incontinence.

Dès que le besoin d'uriner est perçu il doit être satisfait sous peine de pisser dans ses vêtements. L'enfant est incapable de retenir, plus d'une fois il lui arrive de se souiller au cours de ses jeux ou de son travail.

Il y a cependant des incontinents nocturnes qui peuvent pendant la veille résister aisément aux besoins d'uriner, il y a, par contre, de véritables incontinents diurnes.

Le diagnostic est tout fait par le récit du sujet ou de ses parents, à la condition cependant de ne pas céder trop vite à une idée préconçue éveillée par l'âge du petit malade. Il ne faut jamais oublier la possibilité d'une incontinence fausse par calcul, par cystite, et en particulier, par cystite tuberculeuse. On observe fréquemment cette affection dans l'enfance.

Dans l'incontinence d'urine infantile, les urines sont parfaitement normales, à moins de contaminations dues à des cathétérismes. L'étiologie de cette affection est encore obscure, la prédisposition créée par le sexe ne saurait être invoquée, petites filles et petits garçons étant atteints en proportion sensiblement égale. Nous en dirons autant des frayeurs, des chutes, de la dentition, invoquées si complaisamment par les parents. Il convient de faire jouer un rôle important à l'hérédité. On a vu, en effet, plusieurs fois, tous les enfants d'une

même famille atteints d'incontinence, on constate, plus souvent encore, chez les parents, cette même affection et surtout divers états nerveux. Dans les derniers cas, il ne s'agirait pas d'une transmission directe, mais plutôt, selon la remarque de Trousseau, de quelque chose d'analogue à ces alternances pathologiques signalées si souvent au cours des névroses.

Si l'étiologie nous échappe sur plus d'un point, cherchons du moins à nous rendre compte de la pathogénie. Nous en avons besoin pour comprendre et juger les diverses indications thérapeutiques que l'on a cru devoir formuler.

On a admis comme cause prédisposante une irritabilité excessive de la vessie, et comme cause déterminante, la négligence à obéir aux premières sensation du besoin d'uriner ou même la non perception de la sensation expulsive.

« La contraction de la vessie est si forte et si prompte, dit Desault, que l'urine sort presque avant que les enfants aient été prévenus du besoin de la rendre et sans qu'ils puissent en arrêter le cours. Beaucoup d'ailleurs, par paresse, ou par distraction, n'obéissent pas aux premiers aiguillons qui les invitent à rendre les urines et, pressés ensuite du besoin d'uriner, les laissent couler dans leurs vêtements. Chez d'autres, la sensation qui met en jeu la contractibilité de la vessie et accompagne l'éjection des urines est si faible, que cette fonction se fait sans un acte formel de la

volonté, sans exciter même une impression assez vive pour interrompre le sommeil. »

Ces causes productrices de l'incontinence sont d'ailleurs inhérentes à l'âge même du sujet, et les années, en diminuant l'irritabilité de la vessie et en rendant l'homme plus attentif à ses besoins, guérissent ordinairement de cette indisposition.

L'absence de toute étiologie palpable, la marche singulière de l'affection, son apparition chez des enfants d'ailleurs bien portants et bien développés, portèrent Trousseau, à ranger l'incontinence infantile dans la grande classe des névroses. Il ne préjugea rien tout d'abord de sa nature même; ce ne fut que plus tard qu'il crut pouvoir les définir : « Une névrose caractérisée par l'irritabilité excessive et la tonicité exagérée des fibres musculaires de la vessie. »

Pour Du Souich, « la perte de résistance et de sensibilité du sphincter membraneux est la cause du plus grand nombre des incontinenes dites essentielles ».

Jusqu'à ces derniers temps, on peut dire que l'on vécut plutôt sur les données assez vagues du passé; on faisait intervenir des causes d'ordre psychique, ce qui était loin d'être toujours erroné, ou d'ordre physique, telle que la faiblesse du sphincter vésical; on prescrivait, suivant les préceptes de Trousseau, de la belladone, dont nous aurons à reparler dans la suite, à laquelle on ajoutait, suivant ses tendances personnelles, de l'électrisation du

sphincter ou de la suggestion à l'état de veille ou au cours du sommeil. La question prit un regain de vitalité avec l'avènement des théories anatomiques. Jones (1900) fut frappé de la coexistence de l'énurésie avec un certain degré de pied creux, avec des troubles névralgiques ou sensitifs occupant les membres inférieurs, et surtout avec un spina-bifida. Il alla jusqu'au bout de ses idées, c'est-à-dire qu'il intervint chirurgicalement en trépanant le sacrum, en reséquant le cordon fibreux qui comprimait la queue de cheval. Tous les troubles, y compris l'énurésie, disparurent à la suite de cette intervention. Il en fut de même dans le cas de Katzenstein. Les travaux de succédèrent ainsi jusqu'à ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger.

Tout d'abord, on s'aperçut que l'énurésie s'accompagnait assez couramment des phénomènes douloureux des modifications du pied signalées plus haut (observations de Bréchet), d'éruptions, d'hypertrichoses, de pigmentations à dispositions plus ou moins en rapport avec les trajets nerveux; c'était suspecter le rôle des nerfs de la queue de cheval dans le syndrome et incorporer le syndrome dans la pathologie radiculaire. Les progrès de la radiographie permirent de dépister, dans bien des cas mais non point dans tous, des spina bifida, c'est-à-dire des déhiscences plus ou moins étendues de l'arc des quinze et des vertèbres sacrées. Peut-on dire, cependant que le spina bifida soit la cause

réelle de l'énurésie? C'est un point sujet à discussion, qui a fait, dans ces derniers mois, l'objet d'une intéressante étude de Bastos, et, vers le milieu de l'année dernière, de G. Aguilar.

Leurs statistiques sont, à cet égard, fort instructives. Elles démontrent que les spina bifida occultés ne sont pas plus fréquents chez les sujets atteints d'énurésie que chez les sujets normaux. Sur 306 radiographies de sacrum, ils enregistrent 41 spina bifida également répartis entre les sujets énurésiques ou non. Peritz radiographia parallèlement 22 conscrits normaux et 20 enfants atteints d'énurésie; le premier groupe comportait 58,2 % d'anomalies sacrées diverses, le second seulement 35 %. Trenbur, Scharnke, Jancke, Ullmann, Hoffmann, Altschul apportent des statistiques superposables aux précédentes. Graessner trouve une malformation de ce genre chez un sujet sur dix; Finck va plus loin et établit que jusqu'à l'âge de onze ans, la déhiscence tout au moins partielle est pour ainsi dire physiologique.

Prend-on en considération, comme le fait Bastos, le degré, l'étendue, l'image plus ou moins régulière de la déhiscence, l'on n'est pas plus avancé; aucun de ces types si minutieusement décrits ne semble à lui seul conditionner l'énurésie. La déhiscence n'est donc pas, à elle seule tout au moins, la cause déterminante de l'énurésie.

Deux ordres de malformations accompagnent

parfois le spina bifida tout en pouvant exister en dehors de lui :

1° Les dysplasies médullaires (Fuche et Oppenheim) ou les tumeurs fibro-lipomateuses (Spieler et Binder); nous ne faisons que les citer en raison de leur rareté;

2° Les brides fibreuses, celles-ci extrêmement fréquentes et se retrouvant pour ainsi dire au cours des différentes observations (Jones, Katzenstein, Bastos, Bréchet). Elles ont fait l'objet de très intéressantes études de la part de Delbet et Léri. Ces auteurs les ont retrouvées chez 24 de leurs opérés; cette bride représentait la cause véritable de l'énurésie. Elle déterminerait la compression de la dure-mère, de certains filaments de la queue de cheval et, par là, une certaine anesthésie de la vessie qui, perdant la sensation de plénitude, ne déclencherait plus le besoin d'uriner. Durant la nuit, cette vessie se viderait pour ainsi dire automatiquement. Durant le jour, le fonctionnement vésical serait également loin d'être parfait; les malades résistent bien moins que les autres au besoin d'uriner; ils ont juste le temps de ne pas se mouiller. Léri, grâce à une technique radiographique spéciale, est parvenu à mettre en évidence la présence de ces brides. Il pratique une injection épidurale de 8 à 10 cm³ de lipiodol dans le tronc, plus bas que le siège. La radiographie faite le lendemain montre l'arrêt du lipiodol au niveau de la stricture. Léri prétend avoir toujours recueilli de la sorte des

renseignements tout à fait explicites. D'autres auteurs, tels que Bastos, François (d'Anvers), ont signalé des causes d'erreurs tout en employant rigoureusement la technique proposée par Léri. François préfère l'introduction sous-arachnoïdienne du lipiodol, qui s'arrête en amont de l'obstacle. Léri se déclare, du reste, prêt à adopter la méthode François si elle lui donne de meilleurs résultats que la sienne propre. Ce n'est là qu'une question de mise au point, qui demande un certain recul.

Ce point de technique mis à part, on peut dire que, pour Léri et Delbet, toute l'histoire de l'énurésie tient dans cette bride fibreuse que, dans tous les cas, la radiographie leur a permis de localiser, et l'intervention de vérifier. Cette bride ne se trouve pas toujours au niveau de la déhiscence du rachis ou du sacrum; parfois, elle est double, ce qui explique certains insuccès opératoires, lorsqu'on ne s'est pas méfié de cette éventualité. D'autre part, la présence d'une bride ne conditionne pas toujours l'énurésie; elle ne la provoque que lorsqu'elle est suffisamment dure, serrée et offensante. Au cours des interventions, on peut tomber encore sur un rétrécissement serré du cul-de-sac méningé, sur des lésions radiculaires des myelocytes qui coexistent avec la bride et expliquent encore d'autres insuccès. Ces insuccès sont loin d'être rares, sous forme de résultats incomplets ou éphémères, l'énurésie récidivant après avoir cessé plusieurs mois. Bastos s'est trouvé, lui aussi,

dans ce cas. En pareille occurrence, Léri incrimine la formation d'une cicatrice scléreuse. C'est-à-dire, comme nous le faisons plus haut, que, pour Léri et Delbet, tout est question de compression ligamenteuse. Or, tous les auteurs sont loin de partager cette conviction.

Tout en admettant cette opinion dans un certain nombre de cas, qui ont fait leurs preuves, Bastos estime que cette cause mécanique n'est pas suffisante à elle seule. Il faudrait faire la part de l'état psychique de ces sujets, qui sont souvent des débilés ou des déprimés et même des humiliés, dont l'attention est souvent concentrée sur leur vessie. D'autre part, l'opération n'exerce-t-elle pas parfois sur eux un effet purement psychique? Et Bastos apporte à l'appui de sa thèse les observations de Noegrerrath, qui aurait obtenu des résultats intéressants par simple simulacre opératoire.

Il nous est difficile de le suivre dans cette voie, tout en reconnaissant la réalité de cas plus ou moins émotifs, sur lesquels la suggestion s'est montrée fort active.

Sicard, dans un travail récent, déplace complètement la question. Sans nier ni l'existence de la bride fibreuse, ni les succès opératoires, il pense que ces agents ne jouent le rôle que d'une épine organique. L'énurésie est avant tout le syndrome de l'hypervagotonie parasympathique cervico-crânien. Elle serait également l'équivalent de la crise d'asthme avec laquelle on l'a vue alterner.

Sicard rappelle les travaux de Lemoine, de Bruxelles, qui établissent le rôle prédominant du nerf pelvien, c'est-à-dire du parasympathique pelvien, dans la miction. Cette pathogénie vagotonique expliquerait le succès de la médication belladonnée au cours des énurésies. Reprenant sa comparaison avec l'asthme, Sicard prétend qu'il y a, comme dans ce cas, d'une part vagotonie, d'autre part une épine organique et peut-être aussi des modifications humorales, mais ces dernières n'ont encore pu être mises en évidence au cours de l'énurésie. Ce n'est là, ajoute l'auteur, qu'une hypothèse plausible. Or, comme le remarque Sicard, cette hypothèse ne s'oppose pas à d'autres hypothèses mises en avant par les autres auteurs.

L'hypothèse émotive qui s'appliquerait à certains cas s'accommode fort bien de la théorie vagotonique de l'énurésie, car qu'y a-t-il de plus vagotonisant que l'émotion? Qu'il nous suffise de rappeler les travaux si intéressants de Tinel, Sante-noise, Garrelon, Laignel-Lavastine. Les émotions subintrantes déterminent et entretiennent, on le sait, cet état végétatif à prédominance vagotonique caractéristique de la sensibilisation émotive.

L'émotion par ce retentissement organique peut donc être rapprochée des causes anatomiques et dynamiques, et cesse ainsi de faire bande à part et de constituer, comme on le croyait trop longtemps, un agent pour ainsi dire mystérieux ou métaphysique. Il n'y a donc probablement pas une

énurésie, mais des énurésies à pathogénies diverses, ce qui explique que certains cas sont plutôt justiciables de la belladone, tandis que d'autres réclament l'intervention chirurgicale ou la psychothérapie. Chaque cas doit être étudié en lui-même en mettant en œuvre tous les procédés techniques dont on dispose et que nous avons signalés au cours de ce travail.

Assurément, la question de l'énurésie vient seulement de se rouvrir, et l'on ne peut méconnaître la contribution importante de ces vingt dernières années; mais il convient également de faire la part de l'inconnu, qui est encore considérable, et, jusqu'à plus ample informé, de renoncer à poser des conclusions prématurées qui pèseraient lourdement sur l'avenir.

Il est classique de dire que l'énurésie ne dépasse pas le jeune âge. Marion, se basant sur sa grande expérience, a pu la confirmer encore dernièrement.

Fort de cette notion, le médecin est très optimiste dans son pronostic. Il conseille quelques drogues et ne s'intéresse pas davantage à cette misérable petite infirmité. Mais il y a des exceptions : L'énurésie est assez fréquente dans l'adolescence; elle n'est pas exceptionnelle chez l'adulte; or, plus le malade est âgé, plus l'infirmité est grande. Elle interdit alors certaines situations (mariage, profession) et peut se compliquer d'anxiété, de phobie, de véritable neurasthénie; l'importance de l'énurésie en est accrue.

Elle ne mérite pas le dédain; il faut la traiter énergiquement.

La cause de l'énurésie varie souvent avec le penchant professionnel du médecin.

Pour le syphiligraphe, énurésie = syphilis; pour le chirurgien, malformation ostéoligamentaire; le neurologue en fait une psychose; le pédiâtre, une névrose; désabusé, l'urologue s'y intéresse à peine.

C'est qu'en effet, la pathogénie de l'énurésie a fait couler beaucoup d'encre en vain. A défaut de preuves anatomo-pathologiques certaines, toutes les hypothèses sont permises.

Quelques-unes s'appliquent à des cas particuliers.

Lawrence en rend responsables les modifications chimiques de l'urine : hyper-acidité, phosphaturie. Nous les avons rencontrées exceptionnellement chez nos malades.

D'autres ont accusé des malformations concomitantes du système génito-urinaire ou rectal (phimosis, ectopie, hypospadias, prolapsus du rectum) ou à distance (végétations, amygdales).

Il est possible qu'elles soient, par réflexe, l'origine d'une minorité d'énurésies; il est possible même qu'elles puissent contribuer à l'entretenir. Chez une jeune énurétique semblant guérie, on a vu survenir une récurrence au cours d'une oxyurose.

Il n'empêche que leur suppression n'entraîne que rarement la guérison de l'énurésie.

Certains auteurs, et non des moindres, ont géné-

ralisé davantage. Ils ont donné de l'énurésie une explication nerveuse.

Névrose, dit Trousseau, qui explique ainsi l'érétisme vésical de certains incontinent. Névrose aussi pour Comby. Trouble psychique pour Desault. Stigmate d'hérédité nerveuse chez de véritables hypochondriaques urinaires pour Janet et Guinon. Epilepsie larvée pour quelques-uns.

A la débilité nerveuse générale, de nombreux auteurs ajoutent, non sans raison, un trouble local.

C'est, pour Guyon, un atonie sphinctérienne d'ailleurs inconstante; c'est un trouble du système nerveux sympathique pour Eon; c'est, pour MM. Legueux et Papin, « un retard de développement des nerfs et du muscle entrant en jeu dans la miction et peut-être même un retard de développement des centres nerveux commandant le sphincter strié au niveau de la moëlle sacrée ». Sicard, par la voix de son élève Bion, a modernisé la théorie nerveuse de l'énurésie.

Sans nier le psychisme spécial, plus ou moins déficient de ces malades, Sicard assimilait l'énurésie à l'asthme et l'attribue à une sensibilité spéciale neuro-végétative congénitale. La « crise » d'énurésie serait donc une crise d'hypervagotonie du nerf pelvien vésical, crise apparaissant sous l'influence d'un trouble humoral (hémotoxie) et surtout d'une épine irritative locale (spina bifida, bride épidurale), presque certainement première cause de tous ces accidents.

Cette hypothèse nous paraît très ingénieuse; on peut toutefois lui reprocher d'être basée davantage sur des analogies que sur des preuves positives. De plus, si elle éclaire le processus physio-pathologique, elle n'en donne qu'incomplètement la cause.

De toutes ces explications, qu'il est difficile de confirmer ou d'infirmer, retenons un point capital : tous les observateurs insistent sur les malformations locales à distance des énurétiques; tous insistent également sur leur état **nerveux**.

De fait, on ne peut pas ne pas être frappé chez eux par ces deux facteurs dystrophique et nerveux.

Il est exceptionnel que l'incontinent ne présente pas une dystrophie quelconque.

L'énurétique frappe d'abord par son aspect, sa taille, sa denture, les dysfonctionnements glandulaires multiples (retard ou avance), par une ou plusieurs malformations qu'on découvre ensuite, à un examen plus approfondi.

L'énurétique s'écarte toujours par un ou plusieurs points de la normale.

Si l'énurétique, contrairement à ce que l'on dit, n'est pas un retardé mental, si psychiquement il est tantôt un apathique, tantôt un excité, il est à coup sûr un retardé ou plutôt un mal équilibré du système nerveux général.

L'énurétique semble présenter un désaccord plus ou moins accentué entre le système de la vie de relation d'une part et le système végétatif de l'autre; le premier paraît être débile, retardé par place,

voire arrêté dans son développement; le second est fréquemment un hyper-excitabile. Les deux processus peuvent coexister ou non. De toute façon, l'harmonie est détruite.

Le sphincter lisse fréquemment sollicité force le sphincter strié. Au bout d'un certain temps, celui-ci se relâche, perd son tonus et devient peu à peu insuffisant. A l'état de veille, les centres supérieurs suppléent à cette insuffisance; en plein sommeil, surtout quand s'ajoute la congestion clinostatique, la tutelle cesse, la barrière est ouverte.

Il y aurait donc à l'origine, selon l'expression générale de Laignel-Lavastine, une « hyper-excitabilité vagale constitutionnelle », un élément nerveux se compliquant ou non dans la suite d'un élément musculaire. Nous croyons qu'on peut expliquer ainsi les formes de l'énurésie : grande hyper-excitabilité vagale, suivie d'atonie du sphincter strié; l'énurésie est réalisée au maximum avec incontinence nocturne et pollakiurie, exceptionnellement incontinence diurne.

Mais il y a des variantes, car il y a des degrés, car il peut y avoir ensuite prédominance d'un processus sur l'autre, car il y a enfin des modifications évolutives. Effet du traitement, de l'âge, du temps, par développement musculaire ou sous l'influence du système endocrinien, l'hyperexcitabilité vagale peut s'atténuer, le relâchement du sphincter strié diminuer ou s'arrêter. Le mécanisme peut être double ou dissocié. Il peut même, par suite d'une

cause débilitante, récidiver. C'est ainsi qu'il y a des énurésies passagères, intermittentes, strictement nocturnes; c'est ainsi qu'elles guérissent, à la longue, spontanément.

Il y a même plus : au cours même de la maladie, l'élément nerveux, voire musculaire, varie avec les causes accidentelles qui le calment (chaleur, changement d'air, affections fébriles intercurrentes) ou l'aiguisent (froid, émotion, fatigue, épine irritative locale ou à distance).

On pourrait se demander si, à l'instar de l'épilepsie essentielle, l'énurésie n'était pas due à un traumatisme pendant l'accouchement ou à une affection aiguë du jeune âge. Or, presque toujours, on retrouve des accouchements normaux ou faciles; souvent les incontinents étaient nés avant terme; tous ou presque tous auraient été atteints d'une maladie infectieuse banale de l'enfance, et, le plus souvent, postérieure à leur infirmité; elles ne pouvaient décemment en être tenues pour responsables. Par contre, il nous est apparu que la véritable base du facteur dystrophique nerveux est le terrain; c'est ce qui explique les mystérieuses transmissions héréditaires de l'infirmité, comme l'a décrit Bion Bernard, et aussi les atteintes de plusieurs membres de la même famille. C'est ainsi que l'on retrouve souvent l'hérédo-syphilis à la base.

On nous parle souvent d'insuffisance glandulaire, thyroïdienne surtout, de ces malades (bouf-

fis apathiques, à testicules atrophiés), et les auteurs en ont fait une cause d'énurésie; or, la syphilis touche fréquemment les glandes vasculaires sanguines.

On nous cite des énurésies réflexes par végétations adénoïdes (phimosis, ectopie, etc., spina bifida latent) ou à des brides épidurales problématiques, à des malformations possibles des sphincters ou des centres médullaires présidant à la miction. Mais la cause originelle de ces anomalies *ab ovo*, de ces dégénérescences, quelle est-elle?

On devra se défier de la spécificité si souvent latente; sans être taxé de syphilomanie, on peut toujours y penser et essayer le traitement.

Voyons donc par curiosité les innombrables traitements qui ont été proposés pour cette tenace affection, et les résultats qu'ils donnent.

II

HISTORIQUE

Les traitements de l'Énurésie aux différentes époques de l'histoire médicale.

Maintenant que nous sommes fixés sur l'énurésie, voyons rapidement les traitements qui ont été proposés, sans oublier les remèdes d'antan, qui ne peuvent guère donner plus de déboires que les plus savants.

Le traitement de l'incontinence d'urine a été, jusqu'à ce jour, tantôt médical, tantôt chirurgical, tantôt physique.

Voyons un peu ce que cette triste infirmité a pu faire germer dans le cerveau des médecins à travers les âges, sans oublier les rebouteux et les bonnes femmes.

Pline le Jeune, dans *De Medicina*, conseille de boire de la cendre de testicules de verrat dans du vin doux; de pisser sur la niche d'un chien en disant : « Que moi-même je ne pisse pas dans mon lit comme sur la niche du chien »; de saupou-

drer son breuvage de cendres de cornes de sanglier ou de porc et de boire dans du vin de la cendre de cervelle de lièvre; de manger les testicules rôtis de ce même animal; de prendre dans ses aliments de la langue rôtie de trois oies, la chair d'escargots africains et qu'on boive dans du vin de la cendre de toutes ces choses.

Au Moyen Age, on se contente de regarder la couleur des urines et surtout d'aller implorer quelque saint comme on en trouve dans chaque province où, à date fixe, les malades se rendaient en procession; les mêmes saints ont, du reste, les mêmes succès de nos jours.

A la Renaissance, dans « De Charles Estienne et de quelques recettes et superstitions médicales », nous lisons, à l'article « pisser au lit » :

1° Pour toutes personnes qui pissent au lit en dormant et ne peuvent tenir leurs urines, « n'est rien meilleur que manger souvent pouldre de chevreau rosti, ou boire, avec vin, pouldre de cerveau ou testicules de lièvre, de vessie de pourceau, de brebis ou de chevreau ».

Ce n'est qu'une réminiscence de Pline.

2° Au xvii^e siècle, dans les « Remèdes faciles et domestiques », de Madame Fouquet (1679), nous trouvons deux recettes que je n'ai pas essayées, mais qui, ma foi, valent bien d'autres :

Prenez : Semence d'ortie, 1/2 once; mastic en larmes, 1/2 once; farine de seigle, 2 onces.

« Pilez la semence d'ortie et mastic chacun à

part, après mêlez-les ensemble et incorporez-les avec la farine pour en faire une pâte dont vous formez 7 ou 8 petits gâteaux que l'on fait cuire au four, desquels la personne incommodée en prendra un tous les soirs pendant sept ou huit jours. »

En cas d'échec, pourquoi ne pas essayer cette heureuse formule :

« Il faut avoir de la fiente de rat ou de souris et la mettre en poudre, et mettre le poids d'un écu d'or de cette poudre dans du bouillon pendant trois matins de suite, et y mettant la dose de cette poudre dans chaque bouillon, ce remède est merveilleux pour cette infirmité. »

3° On a aussi recours aux moyens empiriques les plus bizarres, les plus incroyables. Il n'est pas rare de voir, dans quelque campagne isolée, domaine de rebouteux, qu'on pousse la cruauté jusqu'à faire avaler à de pauvres petits enfants les choses les plus répugnantes, les plus étranges, telles que : souris grillées, taupes rôties, galettes d'os de mort, absorbées à l'insu du malade, car c'est là, paraît-il, une des conditions essentielles du succès!!!

Je citerai aussi les remèdes populaires qui, par la frayeur qu'ils inspirent, ont quelquefois réussi d'une façon toute morale. Ainsi, on a employé le gésier d'un coq rôti et mis en poudre, la vessie d'une chèvre ou d'un sanglier, le poisson que l'on trouve dans le ventre d'un brochet, des souris rôties

ou réduites en cendres qu'on faisait manger aux enfants atteints d'incontinence.

Dans mon pays de Charente, on fait boire aux enfants du pipi de rat!...

En plus, il faut mentionner les moyens dits « moraux », destinés à frapper fortement l'imagination des enfants; ainsi, on leur faisait écraser dans leurs mains des souris vivantes, ou bien on les faisait assister à la mort d'une personne chère (ce qui ne devait pas être un remède toujours à portée), on les mettait brusquement en présence d'un mort, on les surprenait brusquement par une détonation. Ces moyens ridicules, s'ils ne guérissaient pas l'incontinence, pouvaient au moins ajouter au mal du petit une névrose, une phobie, des terreurs nocturnes. Il est tout de même moins dangereux de faire une neuvaine ou d'aller implorer le saint local, comme Saint Milfort, près d'Abbeville.

Nous arrivons enfin aux traitements modernes et médicaux-chirurgicaux.

TRAITEMENT

Je n'ai en vue que les jeunes pisseurs au lit. Je laisse de côté le prostatique et le rétréci qui pissent par regorgement, le tabétique qui entre dans le tabès par la parésie vésicale, la vieille femme au sphincter relâché.

L'incontinence nocturne ne manque pas d'explications pathogéniques, et c'est pour cela sans doute qu'elle reste... « essentielle » !

Elle manque plutôt de traitements décisifs ! Et même parmi ceux qui comportent des succès, combien n'agissent que par la persuasion, la suggestion, la rééducation dont on les accompagne !

Au surplus, il est banal mais nécessaire de le redire, il n'y a pas une énurésie, mais des énurésies, les unes justiciables de la belladone, les autres de la psychothérapie ou de l'intervention chirurgicale.

1° La première cause à chercher, c'est une petite lésion organique méconnue ou cachée.

Opérez le porteur de phimosis, l'hypospade. Faites râcler l'adénoïdien. Donnez un vermifuge,

s'il y a lieu. N'oubliez pas l'épilepsie. Voilà les traitements rationnels par lesquels vous commencerez, sans promettre à la famille que l'enfant cessera d'uriner au lit la nuit.

2° Les traitements qui s'adressent à l'incontinence urinaire sont de deux ordres : les *traitements locaux*, c'est-à-dire *urinaires*, et le *traitement général*.

A. — *Les traitements urinaires.*

a) Ou bien vous pensez que l'incontinent a un sphincter vésical atone, parce que l'enfant est aussi bien incontinent le jour que la nuit, parce qu'il n'urine pas sous forte pression, parce qu'il n'est pas en érection pendant son sommeil.

Réveillez la contractibilité du col en passant doucement un petit explorateur, une bougie, plus tard une petite sonde. Après séances, vous injectez dans la vessie un peu d'eau boriquée tiède. Vous calculerez si la capacité vésicale est normale ou diminuée.

Aux séances ultérieures, vous injecterez une quantité croissante d'eau, pour augmenter la capacité. C'est une méthode que vous devez toujours essayer; elle réussit sept fois sur dix.

d) Il n'y a aucun danger, aucune contre-indication à injecter du sérum dans le tissu cellulaire sous-cutané du périnée. C'est une méthode simple :

le sujet est en position de la taille; avec une seringue de Roux vous injectez, à distance égale de l'anús et de la racine des bourses, de chaque côté du raphé médian (mais à 1 centimètre en dehors), 3 à 5 seringues de 20 centimètres cubes. L'injection doit être poussée rapidement dans le tissu cellulaire sous-cutané pour ne pas laisser au liquide le temps de s'étaler.

Chez l'enfant, injecter 40 à 60 centimètres cubes de sérum physiologique; chez l'adulte, 80 à 100 centimètres cubes. Le liquide étire les rameaux nerveux de la région, réveille le col de la vessie et le muscle strié de l'urèthre.

B. — *Le traitement général.*

Ces infirmes urinaires sont en général des fils de névropathes et eux-mêmes des tarés, quelquefois des arriérés. Rappelez-vous aussi que l'incontinence a pu révéler une épilepsie qui jusque-là ne s'était manifestée par rien d'autre.

1° Les douches tièdes le matin, les bains de siège froids au coucher sont indiqués chez ces névropathes.

2° L'enfant boira très peu le soir, mangera peu de viande au dîner. Si les urines sont très acides, on alcalinise les boissons.

3° La faute à éviter, c'est de gronder l'enfant, c'est de le menacer, car, pris de crainte, il rêve qu'il va uriner et, de fait, il urine au lit. Assurez-

vous que ce n'est pas un peureux qui craint de se lever dans l'obscurité pour pisser. Quand vous savez pertinemment qu'il n'est ni paresseux ni vicieux, vous le rassurez et le persuaderez qu'il guérira sûrement avec le temps. En effet, ce qui pourra vous consoler de vos échecs, c'est que l'incontinence disparaît à l'adolescence, sauf chez les débiles mentaux; tout au plus, elle peut récidiver à l'occasion de fatigues extrêmes ou de chocs émotifs, comme on l'a vu à la guerre.

4° Le dispositif de Genouville est facile à réaliser : deux larges plaques métalliques sont glissées sous le siège, entre drap et matelas. Elles sont séparées par du coton hydrophile qui sert d'interrompteur. L'enfant vient-il à uriner et à mouiller l'ouate, le courant faradique qui les traverse passe à travers les plaques et aussi à travers deux plaques fixées au pubis. La secousse réveille le malade et fait contracter le sphincter vésical.

Dans un autre dispositif, les treillages métalliques, séparés par la mince couche d'ouate hydrophile, sont placés sur le circuit.

De plus, pour exciter l'atonie du col, vous donnerez du sulfate de strychnine, un demi, puis un milligramme, en augmentant les doses (gouttes, granules, potions). N'insistez pas s'il n'y a pas de résultats.

La faradisation du col avec une olive métallique, un pôle à l'olive et l'autre pôle sur la symphyse pubienne, excite la contractibilité, malgré les fai-

courants et les séances brèves, elle est trop douloureuse pour être acceptée par l'enfant.

On lui substitue la faradisation percutanée, un pôle au pubis, l'autre au périnée. On peut aussi utiliser la galvanisation faible, positif au pubis et négatif dans le canal : être prudent (J. BELOT).

b) Ou, au contraire, si vous jugez qu'il a une hyperexcitabilité du muscle vésical ou du centre vésical médullaire, ou qu'il y a un spasme du col vésical, vous calmerez avec la teinture de belladone par cinq gouttes le soir, l'extrait de belladone, une pilule de 1 centigramme au coucher, ou la bellafoline (gouttes ou sirop), ou la teinture de ballote fétide (20 gouttes par année d'âge), ou avec l'antipyrine, de 0 gr. 50 à 1 gramme au dîner et en se couchant, ou le bromure de potassium, aux mêmes doses, ou la teinture de rhus, 5 gouttes 1 à 2 ans.

Comby traite l'incontinence comme une névrose urinaire; il conseille de donner le soir, au coucher, dans une cuillerée à café d'eau sucrée, 5 gouttes de :

Sulfate d'atropine.....	1 centigr.
Eau bouillie.....	10 grammes.

Augmenter d'une goutte chaque soir jusqu'à 5, 15, 20 gouttes, suivant l'âge et la tolérance.

Si l'incontinence est diurne et nocturne, prescrire une goutte trois fois par jour et jusqu'au total de 12, 15, 18, 21 gouttes par vingt-quatre heures,

Si l'atropine ne donne pas satisfaction, prescrire l'acide phosphorique suivant la formule de Joulie :

Acide phosphorique officinal....	17 gr.
Phosphate de soude.....	34 —
Eau distillée.....	250 —

A prendre par cuillerée à café ou à dessert, suivant l'âge, trois fois par jour, avant les repas.

5° Aux retardataires insuffisants thyroïdiens, donner comme traitement complémentaire : 1 cachet de 5 milligrammes de poudre de corps thyroïde.

Certains préconisent la méthode d'Abrams, en excitant, pendant deux ou trois séances, les troisième et quatrième dorsales, la cinquième lombaire.

Les excitations employées ont été tantôt l'application d'un courant de haute fréquence avec l'électrode à vide à deux —, en faisant l'application de part et d'autre des troisième et quatrième dorsales et la cinquième lombaire (durée 30 secondes), repos 2 minutes, trois applications par séance; tantôt des percussions aux mêmes points avec un percuteur donnant 3.000 secousses-percussions à la minute; dans ces dernières applications, pour renforcer la sensibilité des réflexes, on place le sujet debout, face à l'ouest géographique, les pieds séparés sur deux plaques en aluminium mises à la terre, les mains écartées du corps.

Les guérisons seraient rapides : en deux ou trois séances. N'oublions pas non plus de citer la lipiodothérapie, préconisée par Sicard et Coste.

« Il est probable que pathogéniquement le lipiodol agit par élongation des racines nerveuses extra-dure-mériennes (funiculé), puisque sur les radios on voit nettement les traînées d'huile iodée s'éssaimer en travers des trous de conjugaison; nous ajoutons que ces injections n'offrent aucun danger et que, à part une courbature parfois assez vive, mais de courte durée, survenant le soir de l'injection, il ne survient pas de phénomènes douloureux, ni pendant ni après le traitement.

Pour le professeur Pinard, l'incontinence d'urine a une signification bien spéciale : c'est un des meilleurs signes révélateurs de l'hérédo-spécificité latente.

Aussi, le sujet qui en est porteur doit être soumis au traitement spécifique qui serait le meilleur moyen de guérison. Il est fréquent, d'ailleurs, de constater, au début du traitement, une accentuation de l'énurésie par réactivation. Il faut employer des médicaments actifs et à dose suffisante. Les séries de sulfar sous-cutané ou intramusculaire, avec des doses d'un centigramme et demi par kilog pour les dernières piqûres constituent la médication la plus indiquée. Les séries seront poursuivies longtemps, même après la cessation de l'incontinence, afin d'éviter la descendance tarée si souvent observée chez les énurésiques ou leurs collatéraux.

D'autres pensent que l'incontinence est due à l'acidité de l'urine et donnent du bicarbonate de Na, tandis que Jambreau emploie l'acide phosphorique.

En Europe, le camphre, le bromure de K, le chloral, l'antipyrine; en Amérique, le *Rhus Aromatica* se partagent la faveur des médecins.

Le seigle ergoté, lui aussi, a été préconisé dans l'incontinence due au défaut de tonicité du sphincter urétral.

On a donné aussi de la cantharide en poudre et en teinture.

Je citerai aussi les spécialités connues à base de plantes, rhus, noix vomique, canelle, ergot de seigle, acide gallique en solution alcoolique;

Pilules à base de *scopolia japonica*, cytisine, strychnine;

Sirop à base d'acide borique et tartrique;

Sirop au *rhus aromatica*, *nux vomica*, belladone et glycérophosphates.

Le formulaire Dausse cite les pilules de Marletta à l'extrait de baies de cyprès, de racines de belladone et d'encens pulvérisé. J'ai été amené à employer le cyprès à la suite des essais qu'en a fait mon père, selon la formule que lui donna un vieil herboriste, et qu'il tenait lui-même d'un vieux berger picard.

Nous savons maintenant à quoi nous en tenir sur les théories de l'énurésie, chacune variant avec le tempérament médical, chirurgical, psychiatrique

ou syphilimane de l'auteur; nous connaissons tous les échecs des médications employées comme leurs succès; voyons un peu ce que peut donner le cyprès et aussi, en passant, quelle place il a tenue dans la vieille pharmacie.

III

LE CYPRÈS

Son histoire

Le cyprès, ou *cupressus*, est un conifère de la famille des cupressinées. Arbre originaire d'Orient, à rameaux dressés contre la tige, à feuilles triangulaires, à fruit globuleux de 2 à 3 centimètres de diamètre, munis de 10 écailles ligneuses, bourrées de graines fournies par le cyprès femelle. Représenté surtout dans la flore française par le *cupressus sempervirens*, se trouve surtout dans le Midi.

Le cyprès donne à la matière médicale ses cônes ou galbules, qui doivent être récoltés non ouverts; en cet état seulement, ils renferment en quantité appréciable le tanin auquel ils doivent leur intérêt.

Par distillation à la vapeur d'eau des rameaux ou des fruits frais, on tire du cyprès une essence, liquide balsamique d'odeur agréable, de densité inférieure à l'eau, qui renferme 65 % de différents terpènes, du camphre de cyprès, un alcool, etc.

Dans l'usage thérapeutique, on utilise quelquefois les baies, en raison de leur astringence, dans le traitement des diarrhées et des hémorragies passives.

1) Bien que souvent emblème de la mort et des larmes qu'on répand sur les tombes, le cyprès ne laissa pas de figurer dans la plus haute antiquité dans l'art de guérir.

2) Dans un texte assyrien datant du roi Asir-Bel-Niseau, il est indiqué pour remédier aux douleurs et aux démangeaisons du fondement.

3) *Hippocrate* l'employait prosaïquement en cataplasmes « dans la *chute du rectum* lorsqu'il y a hémorragie » ; c'était un médicament auquel il avait le plus souvent recours dans sa pratique gynécologique, en pessaire contre les inflammations utérines et pour faire couler les lochies, en fumigations pour tarir les écoulements rouges

Dans la suite des siècles, tous les auteurs s'accordèrent à prôner ses vertus astringentes et hémostatiques.

Dioscoride prescrivait ses noix pilées dans du vin contre la *dyssenterie et les hémoptysies*. Les feuilles en application sur les *plaies*, pour étancher le sang, pour les cheveux blanchissants, la conjonctivite, le feu du zona et les maux d'estomac.

Galien les recommandait comme « propres à cicatriser les grands ulcères, à donner de la tonicité à toutes les parties du corps relâchées par suite d'un excès d'humidité.

Selon Avicenne, les noix de cyprès broyées avec des figues, introduites dans les narines, guérissent les polypes.

Dans le *grand Herbar du XII^e siècle* « contre

strangurie et dissurie soit donnée la poudre du bois ou de feuilles de cyprès; contre dissurie, les pommes cuites en eau de pluie soient mises sur l'estomac et les reins ».

Dans la *Matière médicale du XIII^e siècle* par Dorvaux : « Cyprès est chaux a permer degré et sec et segont. De cet arbre le fruit et la folle est tot en us. Le fust et la folle sont diurétiques. A ceux qui ne peuvent pisser, détremper ces mesmes en vin et donner à boire au patient. »

Au *Moyen Age*, on appliquait ses vertus hémostatiques au traitement des hémorroïdes « contre émoroides, quand elles courent trop, dit l'Arborelayre, soit faicte formentation de fruits et de feuilles de cyprès cuictes en eau de pluye et en celle mesme eau se fie le patient; puis lui donner la pouldre de ces choses en ses viandes et de l'eau de la décoction à boire; ce y vault moult ».

St Hildegarde fait l'éloge du cyprès en décoction sous forme de bains pour réparer les forces épuisées; la médication a en outre l'avantage de mettre le diable en fuite, pour cette bonne raison que le cyprès est plein de vertus; et que la vertu fait horreur au diable. L'auteur se contente de signaler ses bons effets dans la dysenterie, la strangurie, les coliques et les hémorroïdes; « les pommes en sont *stiptiques* serrans et consolidatives, les feuilles et le bois diurétiques ».

Pour B. Fiera, en 1533, c'est le meilleur remède

des inflammations de la vessie et de débilité des nerfs (*De herbarum virtutibus*).

En 1573, Josse de Harchie recommande le mélange de myrrhe et de feuilles de cyprès dans les maladies des voies urinaires, les flux abdominaux, *les crachements de sang*, les feux sacrés, pour dissiper les flatuosités, dompter les phlegmons et *réprimer les hernies*.

De Mathiôle : « La décoction du cyprès contre les *hernies*, la décoction de noix fraîches et vertes de cyprès prise en vin blanc, aide fort aux hernies si le patient en prend tous les jours trois onces, fomentant cependant les testicules avec les feuilles pilées. Cet onguent est très efficace et bien approuvé. Les germes tendres de cet arbre mâchés tant que le suc avalable ont mesme vertus. »

En 1693, dans un ouvrage de J. F. Langier, le cyprès est cité : « Les noix de cyprès et les feuilles *dessèchent et ressèrent*; outre les fluxions survenantes aux parties blessées, on s'en sert encore dans toutes les maladies où l'*astriction* est nécessaire, ou pour le dedans, ou pour les topiques; et pour lors, on les fait bouillir dans du gros vin. »

En 1782, J.-B. Chomel, dans son histoire des plantes usuelles, range le cyprès parmi les *vulnéraires astringents*. On n'emploie ordinairement en médecine que les fruits appelés noix de cyprès et dans les pharmacopées, *Nucléi Vel Pilulæ Cupressi, Galbulæ, Galbuli*.

« Ces noix sont fort astringentes; mises en

poudre à la dose d'un gros, elles sont aussi fébrifuges, et on les donne infusées dans le vin blanc à la manière du quinquina, surtout pour les fièvres quartes; je l'ai éprouvé.»

Houiller, fameux praticien, et après lui Chesneau et Baricette, prétendent que les feuilles du cyprès sont bonnes pour la guérison des écrouelles, des tumeurs œdémateuses et des hernies. On met en poudre ces feuilles, on les arrose du vin du pressoir ou d'autres, pour en faire un cataplasme qu'on applique tous les jours sur la partie malade jusqu'à parfaite guérison.

De nos jours, le docteur Henri Leclerc a remarqué que « les noix de cyprès constituent un vasoconstricteur très efficace dans les affections du système veineux, et d'action supérieure à l'hamamélis, dont il semble qu'il soit comme de certaines femmes, qu'on aime d'autant plus qu'elles sont moins fidèles. C'est donc son succédané, le cyprès, fidèle ami des morts, protecteur de leurs cendres, que le docteur Leclerc a employé, quitte à s'attirer cette répartie d'une cliente à laquelle il vantait ses vertus : « Du cyprès, cher docteur, voilà un remède bien macabre, et qui sent terriblement le sapin. »

Grâce au cyprès, il a obtenu des résultats remarquables dans le traitement des varices, des troubles de la ménopause, des métrorragies et surtout des hémorroïdes. Sous son influence, les bourrelets hémorroïdaux s'affaissent et deviennent aisément

réductibles, la douleur et le tenesme s'amendent, le flux sanguin diminue et se tarit.

Son usage médical, de nos jours, est donc bien limité en regard des auteurs du moyen âge. On emploie parfois l'*essence* en solution alcoolique au quart en inhalations dans les quintes de coqueluche, en répandant quatre fois par jour et deux fois la nuit 10 à 15 grammes sur l'oreiller et les draps du lit du coquelucheux, le nombre des quintes diminue vite, ainsi que leur intensité, ce traitement est sans inconvénients.

Le cyprès a été employé contre l'incontinence d'urine, comme l'indique l'existence de la formule des pilules de Marletta dans le formulaire Dausse; je n'ai trouvé cet auteur nulle part et ignore ses résultats; du reste, je n'ai connu cette formule qu'après avoir expérimenté le vin au cyprès que j'ai essayé d'employer à la guérison de l'énurésie.

Fidèle à la formule du vieux berger picard, elle semble bien provenir d'une des innombrables formules du moyen âge : une décoction de baies dans du vin blanc sucré; j'ai essayé aussi l'extrait préparé par Dausse et qui servit aux essais du docteur Leclerc. Je dois avouer que c'est la vieille formule empirique au vin qui m'a donné les résultats les plus constants et de nombreuses guérisons définitives, et ce de trois mois, un an et demi et plus, dans les malades de mon père.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

du docteur Barbin d'Abbeville.

Fernand T., huit ans, fils d'un employé de chemin de fer, bien portant et bien constitué. Père et mère bien portants, deux frères sans tarès. Incontinent depuis l'enfance, urine parfois le jour, mais rarement, et régulièrement toutes les nuits. Aucune maladie grave n'est relevée dans sa première enfance, seule une rougeole bénigne.

L'enfant a subi nombre de traitements : faradisation, pilules variées, tous les remèdes de la quatrième page des journaux, sans résultat. La guérison est obtenue en quinze jours, avec un litre de vin au cyprès, donné à la dose de deux cuillers à soupe par jour, et ce sans rien changer au régime de l'enfant, ni le relever la nuit.

La guérison date aujourd'hui de deux ans.

OBSERVATION II

du docteur Barbin d'Abbeville.

Odette Q., âgée de sept ans et demi. Parents normaux, un frère et une sœur bien portants. Pas de

maladie infectieuse grave de l'enfance, très bon état général, pas de malformations. Incontinence nocturne depuis l'enfance, malgré de nombreux traitements, entre autres injection épidurale de lipiodol. Traitée au vin de cyprès, l'enfant est guérie en huit jours. Il y a eu une récurrence au bout de trois mois. La reprise du cyprès guérit cette fois l'enfant définitivement, et ce depuis dix-huit mois.

OBSERVATION III

Odette T., neuf ans et demi. Fille unique (mère a fait trois fausses-couches de trois mois). A eu des convulsions à trois mois, jusqu'à seize mois. A marché à un an, a eu la coqueluche, rougeole, scarlatine, la diphtérie l'an passé. Elle a été propre jusqu'à sept ans. L'énurésie semble venir à la suite d'une varicelle légère, il y a deux ans environ.

Son médecin a essayé sans succès les affusions froides, la belladone, le traitement spécifique.

Vue il y a six mois, je lui donne mon vin de cyprès, alors qu'elle urinait au lit presque tous les jours, malgré deux réveils la nuit. En trois jours, elle n'urine plus au lit, et ce pendant deux mois (300 cm³ de vin); une seconde dose donnée n'a pas été prise. L'enfant, les deux mois suivants, urine deux fois. Une reprise de la drogue supprime définitivement l'incontinence.

OBSERVATION IV

Jacques N., cinq ans, bien constitué, intelligence peu développée. Mère atteinte de la maladie de Parkinson, s'aggravant depuis l'accouchement de l'enfant. Père éthylique. Première enfance normale, mais n'a jamais été propre, pisse au lit malgré deux levers nocturnes. Enfant par ailleurs docile et qui ne pisse pas pour embêter sa mère. Pas de maladies antérieures ou difformités expliquant l'énurésie.

Je donne de l'extrait de cyprès: l'enfant qui urinait au lit tous les jours, au bout de huit jours n'a pissé que deux fois. Après huit autres jours de traitement, ne pisse plus.

L'enfant, revue deux mois après, ne pisse plus; un traitement de consolidation est cependant institué.

OBSERVATION V-

Emile H., vingt-trois ans, manœuvre. Pisse au lit depuis son enfance; intelligence peu développée; bien bâti, pas de malformations génitales: a eu les maladies infectieuses de l'enfance, scarlatine, rougeole, sans gravité. Père éthylique, mère normale, deux frères et sœurs bien portants. Le malade a été traité autrefois par la faradisation, la belladone, sans résultats. J'essaie la poudre de cyprès par curiosité. Le résultat est plus que négatif; la poudre est bien diurétique, mais non tonique, le malade urine de

plus en plus. Je donne alors de l'extrait de cyprès : au bout de huit jours, le malade n'a uriné que trois fois, la nuit; le quinzième jour, il n'urine plus, et ce depuis trois semaines.

Je citerai aussi l'essai que j'ai fait sur de petites filles orphelines d'un couvent : sur cinq enfants, je n'ai obtenu qu'une amélioration; les autres enfants ont continué à pisser au lit de plus belle, mais la mauvaise volonté des petites, pissant pour embêter les sœurs, enlève tout intérêt thérapeutique à cet essai.

J'ai essayé aussi le *cupressus* sur les gâteux, si nombreux à l'Asile de Nanterre, mais jamais sans aucun résultat; il semble bien que la plante n'ait une action que sur le sphincter jeune et capable de réagir à l'action tonique.

CONCLUSION

Malgré toutes les recherches qui ont été faites sur l'incontinence d'urine essentielle, l'énurésie reste « essentielle », c'est-à-dire qu'on ne sait pas sa véritable cause.

De tous les traitements préconisés, il est impossible d'en retenir un seul en se disant : celui-là réussira à coup sûr ; le lipiodol en injection épидurale, la trépanation du sacrum, la diathermie ne donnent en somme pas de résultats plus fidèles que le pipi de rat des paysans de Saintonge.

Le vin et l'extrait de cyprès que j'ai employés pour essayer de guérir cette triste infirmité ne m'ont pas toujours réussi non plus, mais j'ai obtenu souvent le succès là où tous les autres traitements avaient échoué, et ce sans faire mal au malade et sans l'astreindre à un régime.

Le cyprès agit sur le sphincter vésical, bien qu'il soit nettement diurétique, comme le disaient les anciens, et n'influe donc pas sur la sécrétion urinaire, comme la belladone. La plante n'est nullement toxique, n'a pas de contre-indication, et donne une forte proportion de guérisons.

Vu : le Président de thèse,
TANON.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Albarran et Cathelin. — Note sur les injections épidurales de cocaïne dans certains cas d'incontinence d'urine (Soc. de Biol., Bull., p. 808, 20 juill. 1901).

Ardonin. — Traitement de l'incontinence d'urine par les injections épidurales de Sicard (Presse Médicale, p. 150, 1905).

Bion (Bernard). — L'incontinence d'urine dite essentielle ou énurésie, syndrome d'hypervagotonie pelvique (Thèse Paris, 1925).

Carrel. — Contribution à l'étude de l'incontinence d'urine essentielle (hyperchlorurie) (Thèse Lyon, 1905-06).

Comby. — Presse Médicale, 31 mai 1922, p. 909. — Traitement thyroïdien de l'incontinence d'urine (Archives des maladies des enfants, 1910, xiii, p. 371).

Chavany. — Monde Médical, 15 août 1926. — L'incontinence nocturne d'urine en pathologie infantile; ses causes, son traitement.

Guyon. — Traité des voies urinaires.

Legueu. — La laminectomie dans le traitement de l'incontinence d'urine et des rétentions par

- spinc occulta* (Journal des Praticiens, mars 1928, p. 195).
- Léri et Delbet.* — L'incontinence essentielle d'urine (Revue de Chirurgie, juill. 1925).
- Pinard.* — Phare Médical de Paris, sept. 1929. — Heredo.
- Samain (Henri).* — Des incontinenes d'urine par insuffisance sphinctérienne et leur traitement (Thèse Paris, 1928).
- Sicard.* — Incontinence nocturne d'urine (énurésie), syndrome d'hypervagotonie pelvienne (Annales de Médecine, mai 1925, p. 4701).
- Segard.* — Consultaire, 4^e édition.
- Sicard.* — Lipiodo-diagnostic de l'incontinence d'urine par la voie épидurale ou sous-arachnoïdienne (Rev. Neurolog., mars 1925, p. 325).
- Wachtel (E).* — Miction nocturne involontaire (Thèse Paris, 1929).
- Fouquet (Mme).* — Remèdes faciles et domestiques, p. 152.

